

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Luis Ramiro Plata Domínguez</i>		2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO) <i>26/07/16</i>		
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100.00</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Innovación y Calidad</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>para reunion de documentación. Traslado al H.R. Zumpango</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <i>SI</i>	12/ SIN GASOLINA	
		10/ Km. FINAL:			
13/ EMPLEADO QUE RECIBE <i>Luis Ramiro Plata Domínguez</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA					
		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Héctor Domínguez Plata Domínguez</i> DIRECTOR (A)    ADMINISTRADOR (A)			

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.